

1 2ヶ月経過観察フォーム (FORM III)

診断12ヶ月後に入力してください。

観察（診察）年月日：2006 or 2007 / /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

前回記載時よりの変化： 有り、 無し（有りの場合 FORM III C）

*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

3ヶ月～12ヶ月の間の治療の有無：

有り、 無し（有りの場合 FORM III T）

画像所見： 有り、 無し（有りの場合 FORM III D）

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状（複数チェック 可能）

<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 感覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 脳神経麻痺	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> その他

2) 意識障害 有り、 無し

有りの場合 GCS:

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

3) Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6（付表1）

4) QOL チェック 済み 未

変化記載フォーム (FORM III C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化／破裂した年月日：2006 or 2007 / /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル（名前・姓の順）：

変化の種類

動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号 1 2 3 4 5 (Form I 記載内容自動表示) 新しく発見された動脈瘤、 不明)

*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

脳内出血（動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)

脳梗塞（動脈瘤との関係： 有り（塞栓など）、 無し、 不明)

脳神経麻痺

動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade [付表 2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表 3] I II III

IV

調査終了か継続か： 終了 継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

終了の場合：終了時の Rankin scale 0 1 2 3 4 5 6 (付表 1)

○12ヶ月フォームに戻る

治療フォーム (FORM III T)

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル (名前・姓の順)：

治療された動脈瘤の数：

治療がなされた瘤番号 1 2 3 4 5 (Form I 記載内容自動表示)

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック する)

- 患者または家族からの希望
- 年令
- くも膜下出血に合併していたため
- 破裂の危険性 (瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日： 2006 or 2007

治療後脳動脈瘤画像評価：

有り、 無し

上記有りの場合：画像の種類： 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全 不完全

(不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状 (複数チェック 可能)

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 運動麻痺 | <input type="checkbox"/> 感覚障害 | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 脳神経麻痺 | <input type="checkbox"/> 失調症 | <input type="checkbox"/> その他 |

2) Rankin scale: (付表 1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

- 有り、 無し、 不明

有りの場合、最も可能性の高い原因

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 穿通枝障害 | <input type="checkbox"/> 親動脈閉塞 | <input type="checkbox"/> 静脈損傷 | <input type="checkbox"/> 術中破裂 |
| <input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断 | <input type="checkbox"/> その他の手術侵襲 | | |
| <input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化 | <input type="checkbox"/> 術後合併症 | | |

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り、 無し

有りの場合

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水頭症 | <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 | <input type="checkbox"/> 痙攣 | <input type="checkbox"/> 創部感染 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 | <input type="checkbox"/> 視力障害 | |
| <input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫 | <input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | |
| <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> 消化管出血 | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | |

○12ヶ月フォームに戻る

画像所見 (FORM III D)

画像年月日： 2006 or 2007 / /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル (名前・姓の順)：

画像の種類： MRA CTA Angio CT MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 その他、 特になし

動脈瘤に関する所見： 変化有り、 変化無し 不明

変化のあった瘤○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示)

動脈瘤のサイズ

同じ 拡大 (mm、) 縮小 (mm、)

術後完全消失 術後不完全消失

*注：拡大の場合 ENLARGEMENT FORM (p40) を御送付ください。

動脈瘤の形状

不変 変化あり

(繰り返し)

手術後か否か： 手術後 未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化： 有り 無し

有りの場合：

- 梗塞巣 脳挫傷 (contusion) 脳内出血 硬膜下水腫
 硬膜下血腫 水頭症 瘤の術後変化 その他

○12ヶ月フォームに戻る

長期経過観察フォーム (FORM L)

診断5年~6年目に事務局より依頼があります。その際入力してください。

観察(診察)年月日: 2012/□ □

病院番号: □ A- □ C- □ N- □

病院名: □

病院内患者登録番号: □

UC番号: UC □

患者イニシャル(名前・姓の順): □

前回記載時よりの変化: □ 有り、 □ 無し (有りの場合 FORM IV C)

12ヶ月~60ヶ月の間の治療の有無:

□ 有り、 □ 無し (有りの場合 FORM IV T)

*注:破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39)をご送付ください。

画像所見: □ 有り、 □ 無し (有りの場合 FORM IV D)

神経学的所見・転帰

1) 神経脱落症状(複数チェック☑可能)

□ 無し □ 運動麻痺 □ 感覚障害
□ 言語障害 □ 脳神経麻痺 □ 失調症 □ その他

2) 意識障害 □ 有り、 □ 無し

有りの場合 GCS:

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

3) Rankin scale: □0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 (付表1)

4) QOL チェック □ 済み □ 未

変化記載フォーム (FORM L C)

動脈瘤破裂や症状が変化した場合、記載してください。

症状の変化/破裂した年月日： / /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル (名前・姓の順)：

変化の種類

動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示) 新しく発見された動脈瘤、 不明)

*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

脳内出血 (動脈瘤との関係： 有り、 無し、 不明)

脳梗塞 (動脈瘤との関係： 有り (塞栓など)、 無し、 不明)

脳神経麻痺

動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade [付表2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表3] I II III

IV

調査終了か継続か： 終了 継続

終了の場合理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

終了の場合：終了時の Rankin scale 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

○長期予後フォームに戻る

治療フォーム (FORM L T)

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル (名前・姓の順)：

治療された動脈瘤の数：

治療がなされた瘤番号 1 2 3 4 5 (Form I 記載内容自動表示)

治療方法

- 開頭手術
- 血管内動脈瘤治療
- 両方

治療の理由 (主な理由をひとつだけチェック する)

- 患者または家族からの希望
- 年齢
- くも膜下出血に合併していたため
- 破裂の危険性 (瘤の大きさ 瘤の形状 瘤の部位)
- 瘤の変化 (拡大など)
- 症候の出現 (脳神経麻痺など)
- 破裂
- 多発性動脈瘤の2つ目以降の治療
- 前回不完全治療
- その他

治療年月日：

治療後脳動脈瘤画像評価：

有り、 無し

上記有りの場合：画像の種類： 脳血管撮影 MRA, 3D CTA

治療されたうち最大の瘤の治療： 完全 不完全

(不完全；クリッピングの場合ネックを余したもの。血管内治療の場合閉塞率が90%以下のもの)

動脈瘤の数だけ繰り返す (5回)

治療1ヶ月時転帰・神経学的所見：

1) 神経脱落症状 (複数チェック 可能)

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 運動麻痺 | <input type="checkbox"/> 感覚障害 | |
| <input type="checkbox"/> 言語障害 | <input type="checkbox"/> 脳神経麻痺 | <input type="checkbox"/> 失調症 | <input type="checkbox"/> その他 |

2) Rankin scale: (付表 1)

3) 神経脱落症状と治療の因果関係 (1. で新たな神経脱落症状があった場合)

- 有り、 無し、 不明

有りの場合、最も可能性の高い原因

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 穿通枝障害 | <input type="checkbox"/> 親動脈閉塞 | <input type="checkbox"/> 静脈損傷 | <input type="checkbox"/> 術中破裂 |
| <input type="checkbox"/> 脳圧排、一時動脈遮断 | <input type="checkbox"/> その他の手術侵襲 | | |
| <input type="checkbox"/> 術中の全身状態の変化 | <input type="checkbox"/> 術後合併症 | | |

4) 周術期のその他の合併症の有無 有り、 無し

有りの場合

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水頭症 | <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 | <input type="checkbox"/> 痙攣 | <input type="checkbox"/> 創部感染 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 | <input type="checkbox"/> 視力障害 | |
| <input type="checkbox"/> 硬膜下水腫・血腫 | <input type="checkbox"/> 顔面神経前頭枝の麻痺 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | |
| <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> 消化管出血 | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | |

○長期予後フォームに戻る

画像所見 (FORM L D)

画像年月日：

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号： UC

患者イニシャル (名前・姓の順)：

画像の種類： MRA CTA Angio CT MRI

所見：

- 脳梗塞、 水頭症、 脳萎縮、 新しい動脈瘤出現
 脳出血、 その他、 特になし

動脈瘤に関する所見： 変化有り、 変化無し 不明

変化のあった瘤 1 2 3 4 5 (Form I 記載内容自動表示)

動脈瘤のサイズ

- 同じ 拡大 (mm、 %) 縮小 (mm、 %)
 術後完全消失 術後不完全消失

*注：拡大の場合 ENLARGEMENT FORM (p40) を御送付ください。

動脈瘤の形状

- 不変 変化あり

(繰り返し)

手術後か否か： 手術後 未手術

手術後の場合下記記載

手術による画像変化： 有り 無し

有りの場合：

- 梗塞巣 脳挫傷 (contusion) 脳内出血 硬膜下水腫
 硬膜下血腫 水頭症 瘤の術後変化 その他

○長期予後フォームに戻る

簡易型 長期予後報告フォーム Form LS FAX 用

貴施設名： _____

患者番号： UC _____

診断5年目以降の最終診察日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記最終診察日での状況: Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

①初診日よりの変化 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

変化日

変化内容 (記載)

②治療 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

治療日時

方法： 開頭手術 血管内治療 併用

術後1ヶ月の予後 Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表1)

合併症 (記載)：

③画像 無し 有り

ありの場合： 瘤番号

画像日時

画像の種類：

動脈瘤の変化の有無 無し 有り

変化の記載：

緊急入力フォーム (FORM E)

動脈瘤破裂や、患者死亡などの場合、記載してください。

変化年月日： /

病院番号： A- C- N-

病院名：

病院内患者登録番号：

UC番号：UC

患者イニシャル (名前・姓の順)：

変化の種類

動脈瘤破裂 (既存の瘤：瘤番号○1○2○3○4○5 (Form I 記載内容自動表示)、 新しく発見された動脈瘤、 不明)

*注：破裂の場合 RUPTURE REPORT (p39) をご送付ください。

動脈瘤以外の原因による死亡

破裂の場合

破裂時のストレス状況

肉体的： 重労働 睡眠中 その他

精神的： 重負荷 睡眠中 その他

救急来院時の意識レベル

GCS score：

Best eye response: Best verbal response: Best motor response:

WFNS grade [付表 2]：

くも膜下出血診断の根拠

CT scan 髄液検査 剖検 無し、その他

くも膜下出血の程度 (CTがある場合)

Fischer 分類 [付表 3] I II III

IV

調査終了の理由： 動脈瘤破裂 患者死亡

終了時 Rankin scale: 0 1 2 3 4 5 6 (付表 1)

YEARLY FOLLOW-UP 患者経過伺い書 葉書または封書手紙通信

謹啓

このお手紙は、未破裂脳動脈瘤前向き QOL 調査 (UCAS II) にご登録くださっている患者様に毎年近況をお伺いするためにお送りさせていただいているお手紙です。

あなたは当院脳神経外科に 年 月 日に受診なさっております。その後のご様子について、下記のご質問にお答えの上、ご返送下されれば幸いです。

謹白

〇〇病院 脳神経外科

UCAS II 担当医師

ご質問：

あなたの当院 ID 番号： _____

または お名前：

UCAS II 登録番号 (UC _____) : 医師記載)

① 最後に当院を受診なさってから症状に変化はありますか？

はい いいえ

①-2 もし変化があればどのような変化が、いつ起こりましたか？またその後どうなされましたか？

②最後に当院を受診なさってから他院にて頭部の検査をお受けになられましたか？

はい いいえ

②-2 もしお受けになった場合、どのように説明を受けられましたか？

③最後に当院を受診なさってから他院にて動脈瘤の治療を受けられましたか？

はい いいえ

③-3 もしお受けになった場合、どのような治療をいつお受けになれましたか？またその後如何ですか？

もし差し支えなければ 他院のお名前： _____ 担当医師のお名前をお教えてください。

病院名： _____ 担当医名： _____

もしお引越しなさっていれば下記に現在のご住所またはこれから引っ越される連絡先をお教えてください。今後のお手紙をそちらに送らせていただきます。

その他：

UCAS Japan 破裂例調査票 [RUPTURE REPORT]

貴院名 (施設番号)	(A, C, N-)
UC 番号	
貴院番号	
患者貴科受診日 (Day 0)	
UCAS II Form I 登録日	(わかればで結構です)
破裂の日時	
破裂時の Grade	WFNS:
治療の有無/内容	
調査終了時 (FORM E または変化報告時) m-Rankin scale*	
最終 m-Rankin scale* (先生のご存知の最終予後)	(Date:)
その他の詳細情報 (あれば)	

*付表 1: m-Rankin scale (modified for UCAS Japan) 特に Rankin 6: death がございます。

Scale	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient' s capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day
6	Death

v. 08022005

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上下記事務局へ e-mail または郵送・FAXにてお送りください。

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部 脳神経外科内(担当森田)

TEL: 03-5800-8853 FAX:03-5800-8655

E-mail: ucas2-head@umin.ac.jp

UCAS II 画像評価 拡大例調査票[ENLARGEMENT REPORT]

貴院名 (施設番号)	N-) (A, C,
UC 番号	
貴院番号	
拡大した瘤の番号	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 (チェックしてください)
拡大した瘤の元のサイズ (最大径)	1: _____mm 2: _____mm 3: _____mm (複数の場合 2, 3 に記載)
拡大の判明した画像日時/種類	_____年_____月_____日 <input type="radio"/> MRA <input type="radio"/> CTA <input type="radio"/> 脳血管撮影(DSA を含む) <input type="radio"/> その他
拡大後の瘤のサイズ(最大径)	1: _____mm 2: _____mm 3: _____mm
症候出現の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 出現日: _____年_____月_____日 内容:
破裂の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 破裂日: _____年_____月_____日 内容:
治療の有無/内容	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 治療日: _____年_____月_____日 内容:
方針 (すでに行われたもの、または今後の方針)	
経過中最終 m-Rankin scale* (先生のご存知の最終予後)	(Date: _____)
その他の詳細情報 (あれば)	

*付表1: m-Rankin scale (modified for UCAS Japan) 特に Rankin 6: death がございます。

Scale	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient's capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day
6	Death

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上事務局へ e-mail または郵送・

FAXにてお送りください。

未破裂脳動脈瘤 医療費登録票: COST 表

貴施設名： _____ (A- _____ または C- _____)

UC 番号： _____

期間：診断日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ~ 12ヶ月 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

	項目	費用
2	外来診療費	
2	検査費用 (外来における MRI その他の検査)	
3	入院費用*	
4	A: 手術・処置・麻酔費用	
5	B: 入院中検査費用	
6	C: 包括診療費用、その他	
7	総計	

*:入院診療があった場合。諸項目に分割できる場合は4, 5, 6に分割。それ以外は一括して3に記載してください。

本票はオンラインにて登録するか、必要事項を記載の上下記事務局へ e-mail または郵送にてお送りください。

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部 脳神経外科内(担当森田)

TEL: 03-5800-8853 FAX:03-5800-8655

E-mail:ucas2-head@umin.ac.jp

付表

付表 1 : Modified Rankin scale (v. UCAS)

Grade	Description
0	No symptoms
1	Minor symptoms that do not interfere with life style
2	Minor handicap; symptoms that lead to some restriction in lifestyle but do not interfere with the patient's capacity to look after himself
3	Moderate handicap; symptoms that significantly restrict lifestyle and prevent totally independent existence
4	Moderately severe handicap; symptoms that clearly prevent independent existence though not needing constant attention
5	Severe handicap; totally dependent patient requiring constant attention night and day
6	Death

付表 2 : Glasgow Coma Scale

Points	Best Eye Response	Best Verbal response	Best Motor Response
6	-	-	Obeys commands
5	-	Oriented	Localizes pain
4	Spontaneous open	Confused	Withdraw to pain
3	Open to speech	Inappropriate	Abnormal flexion (Decorticate)
2	Open to pain	Incomprehensive	Abnormal extension (Decerebrate)
1	None	None	None

付表 3 : WFNS SAH grade (World Federation of Neurological Societies) grading scale

Grade	Glasgow Coma Scale	Neurologic Deficit
I	15	(-)
II	14~13	(-)
III	14~13	(+)
IV	12~7	With or without focal neurologic deficit
V	6~3	With or without abnormal posturing

付表4：UCAS II 動脈瘤サイズ判定基準表

基準	得られる・含まれる情報
A 基準	①3Dangio > ②MD CT による CTA> ③ 1.5T 以上の MRI 機種による MRA 以上いずれかの DICOM 情報
B 基準	MD タイプでない CT 機種による 3D CT 1.5T 未満の MRI 機種による MRA の DICOM 情報
C 基準	以上いずれかの画像のデジタルカメラ 撮影情報（以下のいずれかを含む） ① MRA, CTA 元画像の動脈瘤周辺画像 ② サイズを測定した図を含む画像 ③ サイズを測定できるメジャー入り 動脈瘤長径画像・1 円玉法やグリッ ドを用いた血管撮影、メジャー入り MRA CTA 画像など 撮影条件を含める。できるだけ多くの 情報を集める
D 基準（サイズ決定困難例）	C 以上の情報のない例 サイズ決定困難な画像のみデジタル情 報として得る例

V. 01092006